CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

INAN • NUMÉRO 113 • 1re SESSION • 42e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 7 juin 2018

Présidente

L'honorable MaryAnn Mihychuk

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

Le jeudi 7 juin 2018

● (1530)

[*Traduction*]

La présidente (L'hon. MaryAnn Mihychuk [illegible]donan—St. Paul, Lib.)): Bienvenue à tous. Nous allons commencer.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, le Comité des affaires autochtones et du Nord du Canada étudie les soins de longue durée dans les réserves.

Nous sommes réunis actuellement sur le territoire non cédé du peuple algonquin. Nous le soulignons toujours parce que je crois que nous avons véritablement entamé sincèrement le processus de compréhension, de reconnaissance de la vérité et de réconciliation. C'est un processus un peu lent dans notre histoire, mais il est toujours bien de souligner que nous sommes rendus là.

Les témoins disposeront de 10 minutes pour faire leurs exposés. Lorsqu'ils auront terminé, nous passerons aux questions pour terminer cette première heure de séance.

Nous accueillons Dakota, File Hills et Driftpile.

Nous aurons donc trois exposés.

Nous allons commencer avec le Dakota Oyate Lodge. Nous accueillons Della Mansoff, qui en est la directrice. Elle nous vient de la très belle province du Manitoba.

Je vous souhaite la bienvenue. Vous avez 10 minutes. Je vous ferai signe lorsque ce temps sera presque écoulé.

Mme Della Mansoff (directrice, Dakota Oyate Lodge): Je vous remercie.

Je tiens à remercier le Comité permanent de m'avoir invitée à comparaître aujourd'hui.

J'ai écouté certains des témoins précédents pour avoir une idée de ce qui s'est dit et pour ne pas répéter ce que vous avez déjà entendu.

Je représente la nation Sioux Valley Dakota. C'est la seule Première Nation autonome au Manitoba. Elle a conclu une entente tripartite en matière de gouvernance. Notre situation est unique. Nous sommes en mesure d'établir nos propres lois et d'éliminer un grand nombre des obstacles auxquels mes collègues ici présents sont encore confrontés. Il s'agit de problèmes assez complexes.

Le Dakota Oyate Lodge est un foyer de soins personnels de 26 lits situé dans la collectivité de Sioux Valley. Nous sommes à 30 minutes de Brandon, une grande agglomération au Manitoba, comme Winnipeg, qui est la seule grande ville que les gens connaissent habituellement. Vu notre proximité avec cette grande ville et son hôpital, nous avons facilement accès à des services, mais les gens ne savent pas que nous existons.

L'un des problèmes que nous avons, c'est que nous ne faisons toujours pas partie de l'administration régionale de la santé, alors nous ne disposons pas de la même marge de manoeuvre que les foyers de soins personnels ou les établissements de soins de longue durée qui en font partie. Nous ne bénéficions pas du soutien et des services que les autres établissements de soins de longue durée reçoivent et qui se trouvent à seulement 15 minutes de notre établissement. Nous n'avons pas droit à des services en ergothérapie, en orthophonie, en nutrition, en réadaptation et en santé mentale. Nous devons payer pour les obtenir, contrairement aux autres établissements qui font partie de l'administration régionale de la santé.

Nous devons respecter les normes sanitaires du Manitoba. Nous devons satisfaire à 26 normes et à environ 500 critères pour obtenir un permis à titre de foyer de soins personnels. Il y a 20 mois, nous avons obtenu la confirmation de notre conformité aux normes, et cela fait 20 mois que nous attendons que notre permis soit signé par le ministre. Nous avons également élaboré notre accord-cadre. Le ministère de la Santé du Manitoba et notre bande l'ont accepté. Nous attendons la signature du ministre.

Tant que ce permis ne sera pas signé, nous ne serons pas en mesure d'accepter des personnes qui nécessitent des soins de niveau 4. Il existe quatre niveaux de soins au Manitoba. Le niveau 1 correspond à des soins à domicile. Le niveau 2N correspond aux personnes qui reçoivent des soins à domicile et qui n'ont aucun problème de comportement. Les personnes qui nécessitent des soins de niveau 2Y et 3Y sont accueillies dans notre établissement. Nous ne sommes pas autorisés à accepter des personnes qui nécessitent des soins de niveau 4, qui sont celles dont les besoins sont les plus grands.

Nous prenons soin actuellement dans notre foyer d'un jeune homme qui nécessite des soins de niveau 4. Il est avec nous parce qu'il vient de la communauté. Il est paralysé du cou jusqu'aux pieds à cause d'une blessure qu'il a subie à la tête. Il vit dans notre établissement parce que c'est le seul foyer de Santé Prairie Mountain, qui englobe une grande partie du Sud du Manitoba, qui offre des chambres bariatriques. Cet homme ne reçoit aucun financement. Il n'a droit à aucune aide. Il ne reçoit pas d'argent pour payer les soins. Il habite dans notre établissement gratuitement parce qu'il doit rester dans sa collectivité. Il doit demeurer proche de sa famille, mais comme nous ne pouvons pas accepter des patients qui nécessitent des soins de niveau 4, nous ne pouvons pas obtenir du financement pour lui. C'est très déplorable, à mon avis.

Durant nos exposés, je vous demanderais de penser aux membres de votre famille. Mettez-vous à la place de ces gens. Si vous subissiez une blessure aujourd'hui ou si vous aviez la sclérose en plaques, la paralysie cérébrale ou si vous aviez un jeune enfant autiste, vous vous retrouveriez dans notre foyer, car dans une collectivité des Premières Nations, vous n'auriez pas d'autre endroit où aller. Sioux Valley s'emploie à améliorer les services en ce qui a trait aux soins de longue durée et aux soins aux malades chroniques en ajoutant 12 établissements de vie autonome, qui se trouveront au même endroit que l'établissement de soins de longue durée.

Les programmes de soins à domicile n'ont pas suffisamment de ressources humaines et financières pour fournir des soins jour et nuit ou même des soins en soirée pour la plupart des clients. Notre foyer de soins pourrait s'en charger. Nous voulons éliminer certains obstacles pour modifier le processus. Puisque nous ne sommes pas assujettis à des ententes, nous pouvons effectuer les changements nécessaires pour mieux servir la collectivité.

● (1535)

Nous accueillons uniquement des patients autochtones. Nous accueillons des gens de toutes les réserves du Sud-Ouest du Manitoba et de l'Est de la Saskatchewan. Nous recevons continuellement des gens des nations Dakota, Crie et Ojibwa, alors nous offrons des services adaptés à leur culture.

Nous fournissons également des soins palliatifs. Nous ne bénéficions d'aucun financement ni d'aucune formation pour offrir ces soins, mais en tant qu'infirmière, je peux vous dire que nous faisons ce qu'il faut faire à cet égard.

Nous avons des résidents qui ont des blessures graves. Comme la plupart d'entre vous le savez sans doute, le diabète fait des ravages et entraîne des blessures qui atteignent le stade 4. Il s'agit de blessures très profondes qu'il est difficile de guérir. Nous ne pouvons pas obtenir le nécessaire pour panser les plaies. Nous disposons essentiellement de gaze, de ruban adhésif et de solution saline. Pour obtenir ce qu'il nous faut pour les pansements, nous devons remplir des formulaires que nous devons transmettre à la direction de la santé des Premières Nations et des Inuits. Si notre demande est approuvée, nous obtenons les fournitures nécessaires, mais au bout d'un certain temps, nous devons présenter une nouvelle demande et démontrer que nous avons besoin de ces fournitures et en expliquer les raisons, ou bien nous devons envoyer la personne se faire traiter dans un établissement de la ville.

Je le répète, certaines personnes ne peuvent pas rester à la maison en raison de leur état de santé. Comme nous le savons tous, personne ici ne voudrait être envoyé à Toronto pour recevoir des soins qu'il serait impossible d'obtenir à Ottawa. Ce ne serait pas acceptable.

Les traitements de dialyse sont un autre problème. Les patients peuvent recevoir ces traitements à Brandon, mais nous n'avons pas droit à un service de transport pour amener ces personnes, car, en principe, les gens sont censés habiter à au plus une demi-heure de route de l'établissement où ils reçoivent des traitements. C'est le cas pour les patients de notre foyer. Sioux Valley est situé à une demi-heure de route de Brandon, mais on ne nous accorde toujours pas le transport. On s'attend à ce que les patients de Sioux Valley s'installent à Brandon pour être près de l'hôpital. Les traitements de dialyse durent environ trois heures et ont lieu trois fois par semaine, et on suppose que le reste du temps les patients vont rester dans une ville où les membres de leur famille ne seront peut-être pas en mesure de leur rendre visite régulièrement.

Nos résidents sont aux prises avec les fantômes du passé. Nous avons des patients adultes qui ont subi les pensionnats et qui ont vécu la rafle des années 1960. Tous ces événements sont encore bien ancrés dans leur mémoire. Ils ne sont pas à l'aise de recevoir des soins de la part de personnes non autochtones, et les femmes ne veulent certes pas recevoir des soins donnés par des hommes. Nous devons déployer beaucoup d'efforts pour respecter leur culture dans un monde où on ne peut pas choisir de recevoir des soins de la part d'un infirmier ou d'une infirmière ou d'un aide-soignant ou d'une aide-soignante. Cependant, nous respectons beaucoup leur culture et nous veillons à ce qu'ils reçoivent les soins qui leur conviennent le mieux et nous nous assurons qu'ils sont à l'aise.

Il y a un avantage à ne pas faire partie de l'administration régionale de la santé, à savoir que nous pouvons nous occuper de nos résidents en fonction de leurs besoins. Nous devons certes respecter des politiques et des règles pour satisfaire aux normes, mais, en même temps, nous pouvons accorder la priorité à nos résidents, ce qui est essentiel pour nous.

En terminant, je dois dire que c'est un grand honneur pour moi d'être ici. C'est un pas dans la bonne direction, et notre comparution vous permet à tout le moins de comprendre la situation.

Lorsque vous viendrez au Manitoba, n'hésitez pas à venir nous rendre visite.

La présidente: Je vous remercie.

Nos prochains témoins représentent le File Hills qu'Appelle Tribal Council. Nous accueillons le chef Bellegarde et Gail...

Bonjour, Gail. Est-ce que votre nom de famille est Boehme?

Mme Gail Boehme (directrice exécutive, File Hills Qu'Appelle Tribal Council): Oui, vous l'avez bien prononcé.

La présidente: Vous êtes bien aimable.

Vous disposez de 10 minutes, et je vous ferai signe lorsque ce temps sera presque écoulé.

Chef Edmund Bellegarde (chef tribal, File Hills Qu'Appelle Tribal Council): Merci, madame la présidente.

Bonjour, chers membres du comité.

Je vous sais gré de m'avoir invité à venir vous entretenir de l'un des enjeux fondamentaux et cruciaux en matière de qualité de vie, à savoir les soins de santé publics. C'est un enjeu que nous prenons très au sérieux, et nous prenons nous-mêmes bon nombre de mesures et d'actions afin de régler certains des problèmes et de combler certaines des lacunes dont je vais vous parler.

Le Conseil tribal de File Hills Qu'Appelle est établi sur le territoire visé par le Traité nº 4 en Saskatchewan. Le territoire visé par le Traité nº 4 s'étend sur une grande partie du Sud de la Saskatchewan, se poursuit dans le Centre-Ouest du Manitoba et émerge en Alberta près de Medicine Hat. Le Traité nº 4 a été conclu en 1874. Notre conseil tribal réunit 11 premières nations. Neuf d'entre elles sont signataires du Traité nº 4, et deux d'entre elles n'ont signé aucun traité. Notre conseil tribal est composé des Premières Nations Cri, Soto, Nakoda, Dakota et Lacota. Nous procédons en ce moment à la réforme de nos structures gouvernementales en fonction des principes de gouvernance autochtones. Nous avons ressuscité l'esprit de l'alliance qui existait dans les grandes plaines avant l'existence du Canada et nos contacts avec les nations européennes. Ce modèle confédéral continuera de stimuler la création et la présentation de nos solutions et de nos cadres juridiques et politiques dans un contexte contemporain. Voilà le travail important que nous accomplissons en ce moment.

Nous vous avons transmis quelques rapports sur les soins de longue durée et certaines des difficultés à cet égard. Vous constaterez que toutes les statistiques et les indicateurs de la santé des Autochtones et, du point de vue de la population autochtone, tous les problèmes, toutes les difficultés concernant l'accès, l'admissibilité, l'inadmissibilité, les procédures, les différents programmes et les différents ministères à l'échelle locale, provinciale et fédérale sont les symptômes de politiques publiques et de politiques-cadres inefficaces qui laissent tomber les Autochtones, je dirais.

Lorsque nous examinons les soins de santé, nous remarquons certains des aspects internationaux de la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones, qui vient de faire l'objet d'une troisième lecture à la Chambre des communes. Il y a deux articles particuliers de la déclaration, soit les articles 23 et 24, qui abordent la question des soins de santé. La déclaration elle-même est un cadre de réconciliation pour le Canada et les Premières Nations du territoire où nous nous trouvons. De plus, les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, notamment les appels à l'action 18 à 24, traitent des soins de santé et de tous ces problèmes de compétences.

Ces problèmes sont exacerbés par des politiques inefficaces empilées les unes sur les autres, auxquelles s'ajoutent des conflits en matière de responsabilités entre le gouvernement fédéral, les provinces et les Autochtones. Ensuite, vous entrez dans les détails de l'admissibilité des Autochtones vivant dans les réserves ou hors de celles-ci, de l'inadmissibilité et du manque de compatibilité entre les politiques sur les soins de santé offerts dans les réserves. Il y a de nombreux problèmes, et les politiques publiques du gouvernement fédéral ne sont pas conçues pour être compatibles avec celles des gouvernements provinciaux. Vous combinez ces problèmes, l'accès et le fait de ne pas être admissible ou couvert, et cela s'apparente au principe de Jordan d'il y a 10 ans et au jeune Autochtone du Nord du Manitoba. Dix ans plus tard, nous sommes toujours aux prises avec les problèmes de politiques liés aux lacunes en matière de compétence qui existent entre les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral.

● (1540)

C'est vraiment ce qui nous empêche d'obtenir de bons résultats ou entraîne de mauvais résultats dans le domaine de la santé de nos peuples. C'est vraiment imputable à l'accès à ces soins, à cette pratique discriminatoire que les politiques-cadres ne prévoient peut-être pas, mais qui donnent ces résultats.

Lorsque nous examinons cette situation, nous l'envisageons de notre point de vue. Les soins de santé sont liés à la dignité. L'accès à des soins primaires actifs et à des maisons de soins de longue durée, cette dignité de vie ainsi que la possibilité de prendre de soin des membres de notre peuple sont essentiels. Ce que nous cherchons à faire, ce dont nous prenons l'initiative, ce sont des politiques-cadres dirigées par des Autochtones, des recherches menées par des Autochtones conformément à des méthodes de recherche autochtones. Ce sont là nos ontologies, nos épistémologies. Bref, ce sont nos façons de savoir, de partager, de parler et d'analyser en ce qui concerne la recherche. Nous disposons de l'All Nations Healing Hospital, un établissement de soins de santé actifs qui intègre des méthodes de guérison traditionnelle, et notre White Raven Healing Centre. Nous avons accès à des services de santé communautaires et à des soins palliatifs qui sont tous offerts dans une réserve, une réserve visée par le Traité nº 4 et établie dans la ville de Fort Qu'Appelle en Saskatchewan.

Il s'agit là d'une nouvelle politique publique. Notre 14e anniversaire d'exploitation arrive bientôt, et nous commençons maintenant à définir des politiques publiques. Nous façonnons un nouveau modèle de soins de santé, de nouvelles façons, des innovations en matière de médecines traditionnelles et de pratiques de guérison traditionnelle, ainsi que nos notions de soins de santé et d'accès à ces soins. Nous nous occupons des réalités pratiques associées à notre tentative de faire reposer sur les fondements des soins de santé publics, des soins actifs et de la santé communautaires la guérison traditionnelle, nos idéologies en matière de soins de santé, nos façons d'apprendre, nos façons de guérir, nous façons d'enseigner ces concepts et nos médicaments naturels ou autres. La santé a un contexte spirituel, un contexte mental et un contexte émotionnel. Le côté physique de la santé est une notion occidentale.

Nous présentons nos modèles afin qu'ils fassent l'objet de débats publics, de discussions sur les politiques publiques qui intègrent et respectent tous ces aspects et mettent en valeur leurs points forts. Notre hôpital est un hôpital public. Nous soignons toute personne qui se présente pour obtenir des soins. Nous servons la circonscription hospitalière locale. Notre mode de financement est plutôt complexe. À l'échelle fédérale, nous sommes financés par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada. De plus, nous sommes maintenant financés par la Saskatchewan Health Authority conformément à un modèle provincial d'administrations régionales de la santé. Nous avons accès à différents programmes. En outre, de nombreux événements uniques se produisent à l'All Nations Healing Hospital de Fort Qu'Appelle. Ce site est novateur. Nous montrons les changements à apporter aux politiques publiques en présentant des pratiques, de l'expérience, des données et des recherches menées par des Autochtones.

En fait, nous travaillons en ce moment à la mise en œuvre d'un projet de recherche avec la Johnson Shoyama Graduate School of Public Policy de l'Université de Régina et de l'Université de la Saskatchewan. Le projet porte sur une solution autochtone au problème de politiques, sur le développement d'un modèle autochtone d'élaboration de politiques qui rectifie les disparités en matière de santé des Premières Nations.

Nous apportons des solutions visant à consolider les modèles de politiques publiques du Canada en ce qui concerne la santé des Autochtones. Nous renversons les obstacles, et nous construisons des passerelles pour combler les lacunes en matière de compétence. Grâce aux 14 dernières années de pratique, nous avons compris. Comment pouvons-nous combler les lacunes en matière de compétence fédérale-provinciale? Nous exerçons nos activités entre ces espaces, et nous le faisons très efficacement.

Depuis les huit dernières années, nous bénéficions d'un agrément exemplaire auprès d'Agrément Canada. Nous travaillons dur pour le maintenir parce que nous savons que nous devons gagner la confiance du public que nous servons, de la ville de Fort Qu'Appelle et de la région avoisinante. Nous travaillons d'arrache-pied à cet égard. Le public observe maintenant ce nouveau modèle de soins dans nos centres de santé des femmes, dans les unités des naissances, dans les soins de longue durée et les soins que nous prodiguons à nos aînés. Ces derniers sont nos enseignants et nos professeurs.

● (1545)

Nous présentons des modèles de politiques publiques, car ces politiques doivent changer.

Pour conclure, j'adresse l'énoncé final suivant aux honorables membres du comité: Canada, il est temps de créer des politiques-cadres efficaces qui servent les intérêts des autochtones et qui ont une incidence sur nous.

Merci.

● (1550)

La présidente: Merci beaucoup.

Nous allons maintenant passer à l'Alberta, et deux personnes se joignent à nous par vidéoconférence, c'est-à-dire Florence Willier et Sandra Lamouche. Mesdames, vous avez 10 minutes pour faire votre exposé.

Mme Sandra Lamouche (directrice de la santé, Treaty 8 First Nations of Alberta, Driftpile Cree Nation): Bonjour. Je m'appelle Sandra Lamouche, et je suis directrice de la santé pour les Premières Nations signataires du Traité nº 8. Je suis accompagnée de Florence Willier, un membre du conseil de la Première Nation de Driftpile.

La Première Nation de Driftpile a été invitée à témoigner, et nous allons parler de quelque chose de nouveau. À l'heure actuelle, les résidents de Driftpile ne possèdent pas d'établissement de soins de longue durée, mais ils souhaitent que leur ville soit l'un des endroits où un projet pilote sera mené, et ils ont déjà commencé le processus de recherche.

Les deux personnes qui viennent de parler et qui travaillent, je crois, à l'hôpital de la Première Nation Dakota et à l'hôpital de Fort Qu'Appelle représentent les deux systèmes dont nous devons apprendre les rouages. La Première Nation Dakota fait face à des défis que nous observons aussi en Alberta dans nos centres de santé. Nous devons apprendre de leur expérience comme s'il s'agissait d'un genre de pratiques exemplaires, et nous devons examiner l'exemple de réussite de Fort Qu'Appelle.

Driftpile travaille en partenariat avec la province de l'Alberta et l'organisme de financement du gouvernement fédéral afin d'entamer un projet pilote de soins continus pour une loge des aînés. Les deux travailleront ensemble, côte à côte, en utilisant des services de santé comme les services infirmiers offerts par l'unité de soins de santé de Driftpile et, avec un peu de chance, ils construiront cet établissement près du centre de santé.

Voilà le projet que nous envisageons, et les Premières Nations signataires du Traité nº 8 nous viennent en aide. Nous sommes les personnes qui réunissent les deux parties. En fait, c'est mon travail.

Florence est à mes côtés, et je vais lui céder brièvement la parole afin qu'elle décrive sa collectivité d'une manière un peu plus détaillée, ainsi que là où ils en sont relativement au projet.

Mme Florence Willier (conseillère, Driftpile Cree Nation): Bonjour, MaryAnn, bonjour, chers membres du comité.

Je m'appelle Florence Willier, et je suis membre de la direction du gouvernement local. Ma collectivité compte environ 1 050 à 1 100 personnes vivant dans la réserve et un nombre égal de personnes vivant hors de la réserve, soit à peu près de 2 800 personnes au total.

J'ignore si vous avez entendu parler de Driftpile avant aujourd'hui, mais la population de notre collectivité comprend un grand nombre de diabétiques et de personnes âgées de plus de 55 ans qui ont maintenant besoin de soins de longue durée.

Notre centre de santé est doté d'un infirmier, et un médecin le visite chaque semaine, mais la plupart de nos habitants doivent se déplacer pour recevoir tous les soins de santé spécialisés, comme la dialyse et les soins de longue durée. Ils doivent quitter leur collectivité et être hébergés au sein du système provincial. À l'heure actuelle, au sein du territoire visé par le Traité nº 8 et situé près de Driftpile, nous n'avons pas accès à un établissement de soins de longue durée. Les établissements provinciaux de soins de longue durée possèdent de longues listes d'attente et, habituellement, ils inscrivent nos noms au bas de la liste.

Un processus très long est requis pour obtenir ces services. Souvent, nous devons faire appel aux établissements de soins de longue durée d'autres Premières Nations qui se trouvent à des milles et des heures de distance de Driftpile. Les gens doivent essentiellement faire leurs valises et partir, et bon nombre d'entre eux meurent dans ces établissements sans jamais retourner dans leur foyer.

L'un des souhaits d'un grand nombre d'aînés est de mourir à la maison. Par conséquent, la construction sur le territoire de notre nation d'un établissement de soins de longue durée qui servirait notre peuple et l'accès à tous ces services essentiels que reçoivent tous les Albertains et les Canadiens, tels que l'ergothérapie, la physiothérapie, l'orthophonie et la dialyse, sont parmi les objectifs et les tâches pressantes de la direction du conseil. Nous avons une importante population de patients de dialyse qui est forcée de se déplacer trois fois par semaine, ce qui peut se produire tous les jours de la semaine.

Nous avons toujours eu une importante population de patients de dialyse. Un nouvel hôpital a été construit à 30 minutes de nous. Malheureusement, cet hôpital flambant neuf n'offre aucun service de dialyse. Alors, encore une fois, nous devons nous déplacer pour recevoir ces soins spécialisés.

Toutefois, ce dont notre collectivité a le plus besoin en ce moment, c'est un établissement de soins de longue durée. Comme je l'ai indiqué, 11 membres de notre collectivité reçoivent des services de cette nature à des milles de leur maison, et un nombre égal de membres attendent toujours d'être placés dans des établissements de soins de longue durée.

● (1555)

Nous avons terminé une étude de faisabilité, et notre plan d'affaires et notre plan architectural sont presque achevés et prêts à être présentés. Je suppose que la plus grande tâche que nous tentons d'accomplir, c'est de faire partie d'un projet pilote en collaboration avec le gouvernement provincial. Nous travaillons avec les Alberta Health Services, et nous nous sommes ainsi à la table des négociations à de nombreuses reprises. Nous entretenons avec eux une excellente relation de travail, et nous espérons pouvoir continuer de travailler avec les Alberta Health Services et la province afin de réaliser ce projet au profit de la Nation crie de Driftpile.

Meegwetch.

Mme Sandra Lamouche: Je vous remercie de nous avoir écoutées. Je pense que nous avons légèrement dépassé le temps qui nous était imparti.

La présidente: Il reste un peu plus de temps pour les séries de questions, et vous aurez alors l'occasion de fournir des détails supplémentaires dans le cadre de ce processus.

Nous allons commencer par donner la parole au député Danny Vandal.

M. Dan Vandal (Saint-Boniface—Saint-Vital, Lib.): Je vous remercie infiniment de vos exposés. Ils étaient très intéressants. Cela fait toujours plaisir de voir un concitoyen du Manitoba assis à la table. De ce côté-ci de la table, nous sommes deux Manitobains, et la Saskatchewan est proche du Manitoba.

Permettez-moi de commencer par vous poser une question, Della. Vous avez mentionné que vous n'étiez pas membre de l'administration régionale de la santé. Est-ce parce que vous ne le souhaitez pas? Pouvez-vous me donner un peu de contexte à cet égard?

Mme Della Mansoff: Sioux Valley étant sur le territoire d'une première Nation, les soins sont couverts par l'administration régionale de la santé, mais un établissement de soins de santé ou un établissement de soins de longue durée demeurerait un établissement privé, comme, entre autres, d'autres établissements alliés du genre de la Dinsdale Home, la Hillcrest Place et les Centre Park Lodges de l'Armée du Salut. Ces établissements ne dépendent pas de l'administration régionale de la santé.

Après avoir obtenu un permis, nous conclurions une entente d'achat de services avec l'administration régionale de la santé, et nous pourrions ainsi avoir accès à un plus grand nombre de services et faire partie de son réseau de soins de longue durée, de ses comités de leadership, de ces comités de pharmacologie et de thérapeutique, etc.

En ce moment, nous ne faisons même pas partie de son processus de commission d'examen. Lorsqu'une personne est admise dans notre établissement, nous suivons toutes les règles et les modèles de demandes de Santé Manitoba, mais l'administration régionale de la santé n'examine même pas nos demandes.

● (1600)

M. Dan Vandal: Vous avez mentionné au cours de votre exposé qu'en ce qui concerne l'obtention de votre permis, vous attendez depuis 20 mois. Je crois que vous avez dit que votre demande reposait sur le bureau du ministre. S'agit-il du ministre provincial?

Mme Della Mansoff: Oui.

M. Dan Vandal: Je présume que vous avez appelé et que vous avez demandé des renseignements. Quel genre de réponses avez-vous obtenues?

Mme Della Mansoff: Ils attendent simplement. J'ignore la raison pour laquelle le ministre ne signe pas la demande, mais c'était… Il s'apprête à examiner votre demande. Il s'excuse pour le retard.

Nous remplissons toutes les conditions. Lorsque Santé Manitoba effectue une visite en vue d'accorder un permis, le ministère envoie deux de ses représentants qui visitent l'établissement et qui passent, dans le cas présent, un jour et demi à examiner les dossiers médicaux, à parler aux résidents et au personnel et à étudier nos éléments de preuves. Ensuite, ils nous font savoir les aspects que nous avons réussis et ceux que nous avons échoués.

Ils ont emprunté quelques-unes de nos politiques afin de les utiliser pour former d'autres maisons provinciales de l'ensemble du Manitoba.

M. Dan Vandal: D'accord.

Mme Della Mansoff: Je voulais atteindre la norme d'excellence, et le travail que nous avons accompli l'a outrepassée. À cet égard, nous avons consacré trois ans à ce processus. Il y a six autres foyers de soins personnels des Premières Nations qui s'efforcent d'atteindre cette norme depuis plus de 10 ans. Ils tentent de s'approcher de la norme, mais, depuis que le gouvernement a changé, l'initiative n'a pas été respectée.

M. Dan Vandal: Vous avez parlé des autres centres de soins du Manitoba. Communiquez-vous régulièrement avec eux?

Mme Della Mansoff: Oui. Je fais partie du groupe des réseaux de foyers de soins personnels des Premières Nations. Jusqu'à tout récemment, j'en étais une coprésidente. Nous nous rencontrons tous les mois. Nous travaillons ensemble à des normes et à des questions politiques comme celle-ci, et nous voulons avoir voix au chapitre.

Cette occasion arrive à point nommé, parce que nous essayons vraiment de faire entendre nos motifs de préoccupations et dire que nous sommes moins bien traités que...

M. Dan Vandal: Je comprends.

J'ai peu de temps. Je passe donc à une autre question.

Notre ministère des Services aux Autochtones fournit des soins à domicile et en milieu communautaire par l'entremise du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire pour les Premières Nations et les Inuits.

Chef Bellegarde, connaissez-vous ce programme et vous en êtes-vous servi au fil des ans?

Chef Edmund Bellegarde: Effectivement, nous donnons des soins à domicile par l'entremise de nos services de soins en milieu communautaire, mais des difficultés subsistent. Dans les provinces, les ministères sont multiples. Ensuite, les exigences ou les critères d'admissibilité diffèrent, tout comme les périmètres de financement et d'admissibilité. Ça devient très vite très compliqué.

Pour le citoyen moyen en quête de services, ça devient un problème. On peut facilement s'égarer dans le système, dans lequel les niveaux de service se superposent sans s'intégrer. On peut déjouer l'inadmissibilité à tel service en passant par un programme différent ou, selon le cas, par la province ou l'administration fédérale. Ce genre d'accès nous pose vraiment des problèmes épineux.

M. Dan Vandal: Si vous formuliez une recommandation à notre intention pour la prestation d'un meilleur service ou l'amélioration des services fédéraux, quelle serait-elle?

Chef Edmund Bellegarde: Ce serait de reconnaître nos droits de peuples autochtones de diriger le processus stratégique. Nous produirons des solutions beaucoup plus efficaces, en changeant les indicateurs de la santé à long terme de notre peuple. En effet, nous comprenons nos façons de faire, mais nous sommes aussi des spécialistes des normes publiques, parce que nous avons été obligés de nous y plier pendant 150 ans. On nous a obligés à suivre cette voie. Notre hôpital de soins de courte durée doit évoluer dans ce périmètre de normes fédérales et provinciales de santé publique.

Nous avons déjà l'habitude. Nous commençons à élaborer différents modèles de soins là où le public — pas seulement autochtone, mais le grand public — commence à accéder aux soins des guérisseurs traditionnels qui combinent médecine spirituelle et médecine occidentale. Nos guérisseurs traditionnels, nos médecins traitants et nos infirmières soignantes ont des protocoles communs à suivre. Nous apportons des modèles de soins qui renforcent globalement la politique publique et qui ne sont pas seulement destinés aux Autochtones.

● (1605)

La présidente: Merci.

Madame McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Merci, madame la présidente.

Je remercie tous les témoins.

Je tiens à faire tout de suite une courte déclaration. Une telle étude que, à ce que je sache, notre comité n'a jamais entreprise avant est vraiment importante. La motion demande une étude exhaustive des soins de longue durée dans les réserves — qui englobent les personnes âgées, les maladies chroniques, les soins palliatifs et les hospices ainsi que les pratiques culturellement appropriées. Notre comité ne dispose que d'une autre séance pour parachever cette étude de grande envergure. Il y en aura consacré trois en tout.

Je pense que c'est vraiment important et nous devons nous appliquer. Je voudrais proposer une motion pour poursuivre l'étude et la prolonger jusqu'à l'automne, et présenter une demande de déplacement pour les besoins de cette initiative.

Pour notre tâche, nous avons besoin de voir des endroits dont vous avez parlé, comme l'hôpital.

Voilà la motion que je propose.

La présidente: Monsieur Vandal.

M. Dan Vandal: Puis-je proposer d'en différer le dépôt au moment où notre comité se penchera sur ses travaux futurs? Cela n'empiètera pas sur notre période de questions.

Mme Cathy McLeod: C'est une motion simple, qu'on pourrait facilement, je l'espère, appuyer.

La présidente: Monsieur Bossio.

M. Mike Bossio (Hastings—Lennox and Addington, Lib.): Je respecte entièrement la motion de ma collègue. En général, je suis d'accord, mais je pense que le mieux pour nous serait d'en discuter.

Peut-être pourrions-nous y revenir avec vous à la prochaine séance.

Mme Cathy McLeod: Je tiens seulement à ce qu'on puisse lire dans le compte rendu...

M. Mike Bossio: Bien sûr.

Mme Cathy McLeod: ... que je crois que c'est important, particulièrement vu que les soins de santé passent de Santé Canada au nouveau ministère et, en fin de compte, aux communautés des Premières Nations.

Chef Bellegarde, il semblait que vous deviez franchir un labyrinthe de complications pour représenter vos communautés auprès du gouvernement fédéral et de la province, pour créer un hôpital entre vous. Peut-être pourriez-vous nous en dire un peu plus sur ce processus et sur la tâche du gouvernement fédéral. Il est certain que les provinces possèdent une expertise dans ce domaine. Bien honnêtement, je pense que le gouvernement fédéral est moins ferré sur les soins de santé et leur prestation. Au lieu, comme vous dites, d'essayer de responsabiliser les Premières Nations, parlez-nous de votre processus et de ce que nous devons faire.

Chef Edmund Bellegarde: C'est une longue histoire. J'essaierai d'être bref.

En ce qui concerne les études, les données existent. Elles révèlent, depuis une longue succession de décennies, les indicateurs de la santé et les problèmes que pose le système — accès, complications, séparation des compétences. Elles sont déjà là. Je dirais qu'il est temps d'agir. Dans notre pays, des centres d'innovation peuvent commencer à agir et entreprendre des essais à l'échelle pilote.

Un problème, bien sûr, est le manque de ressources, à cause des budgets, de certaines contraintes connues et des limites imposées par la maîtrise des coûts. Nous comprenons ces aspects. Nous gérons très bien nos processus de gestion des finances. Le directeur et l'équipe de direction de notre hôpital nous ont permis d'emmagasiner chaque année des surplus que nous pourrons investir dans un projet d'équipement, pour l'obtention de services de dialyse. Nous soignons les reins.

Ni le gouvernement fédéral, ni le ministère provincial de la Santé, ni l'organisation régionale des services de santé ne voulaient appuyer ce projet. Nous ne pouvions mobiliser tous les intervenants. Nous avons donc décidé d'élaborer un plan à long terme. Pour nos gens, les difficultés d'accès aux services de soins des reins... les répercussions de la dialyse, les soins des reins et le diabète occupent la première place. Nous avons donc établi une stratégie et un plan à long terme et nous les avons adossés à nos fonds propres.

Nous avons établi un plan pour l'agrandissement de notre hôpital de Fort Qu'appelle. Nous avons entrepris ce processus. Santé Canada et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits se sont très rapidement joints à nous, parce qu'ils connaissent le travail de l'hôpital, le modèle de soins que nous élaborons. Ils savent que les données actuellement obtenues dessinent une tendance, non seulement chez les Premières Nations mais dans le public que nous desservons. Il s'agit de combler certaines des lacunes actuelles et de réagir positivement aux tendances.

Ils le savent, mais cette séparation, la division des pouvoirs entre le régime fédéral et les provinces dans les soins de santé ont toujours limité ce que Santé Canada ainsi que la direction générale pouvaient appuyer. Ils ne pouvaient pas appuyer la prestation effective d'un service, des services de dialyse selon ce modèle des soins des reins, parce que ça les placerait dans une situation impossible. Ils ne voulaient pas établir un précédent qui pourrait se répéter au Manitoba ou en Ontario et ainsi de suite et être obligés de financer la prestation de services de soins de santé à un hôpital. Même si nous sommes situés dans une réserve et que nous ne sommes pas assujettis au régime provincial de santé, ils ne voulaient pas créer de précédent.

La province nous a dit: « Écoutez! Nous agissons en fonction des données et des statistiques, et elles désignent le Nord, les régions de Prince Albert et de Meadow Lake. C'est là que les besoins sont plus grands. Vous êtes deuxièmes ou troisièmes sur la liste ». Nous nous démenions toujours pour obtenir une priorité, parce que la qualité de vie de nos gens était touchée, ils laissaient tomber, ils n'essayaient même pas d'obtenir le service et les soins de santé primaire, en raison de ces difficultés. Nous avons misé notre argent sur un plan à long terme. Nous avions la crédibilité. Nous pouvions recruter nos propres médecins à l'extérieur de la stratégie de recrutement de la province, laquelle ne rendait même pas service à la partie rurale de la Saskatchewan.

Nous avons agi. Nous avons mis nos ressources et notre argent. Nous n'avons pas attendu l'autorisation fédérale ou provinciale. Dans quelques semaines, avec l'appui des autorités sanitaires de la Saskatchewan, nous pourrons offrir des services complets de dialyse.

● (1610)

Mme Cathy McLeod: En Colombie-Britannique, par exemple, une loi sur les hôpitaux rend obligatoire la désignation des hôpitaux, sous son régime, mais non en vertu des pouvoirs des autorités sanitaires. Quelle proportion des coûts de fonctionnement la province paie-t-elle?

Chef Edmund Bellegarde: 6,9 millions de dollars. Nous avons des initiatives en soins de santé avec la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada pour certains des projets pilotes, certains de nos centres de santé pour femmes et certaines des innovations que nous pilotons. Il y a aussi le réseau provincial des services de soins de courte durée et le financement de ces soins. Nous avons des services de laboratoire. Nous avons tous les coûts de la dotation en personnel soignant et les immobilisations. Les ententes ne sont pas intégrées. Il se présente toujours des difficultés entre les administrations fédérale et provinciale, ce qui nous oblige aux meilleures conciliations possible. Lorsque les deux manquent d'initiative, nous prenons les choses en main.

La présidente: Madame Blaney.

Je rappelle aux membres que trois groupes témoignent. Veuillez donc préciser à qui vous posez vos questions. Deux témoins sont en communication avec nous par vidéoconférence.

Allez-y, Rachel.

Mme Rachel Blaney (North Island—Powell River, NPD): Merci, madame la présidente.

Merci beaucoup aux témoins d'être ici.

Vous d'abord, chef Bellegarde, si cela vous convient.

Je tiens à vous remercier d'abord pour avoir évoqué le projet de loi C-262 de mon collègue sur la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones. Je pense que c'est un principe fondamental que nous devons examiner.

Vous nous conseillez notamment de tenter de modifier la façon de faire au Canada, en nous fondant sur la sagesse des peuples autochtones, qui nous ont précédés ici. C'est très intéressant. C'est ce genre de changement, et la compréhension qu'un consentement préalable, donné librement et en connaissance de cause est beaucoup plus large que celui qui porte seulement sur les processus énergétiques.

Vous nous avez notamment très bien dit que notre cadre n'intègre pas les politiques et qu'il les paralyse totalement. Pourtant, vous avez appliqué beaucoup de sagesse et de connaissances pour trouver le moyen de mettre en contact ces domaines intergouvernementaux grâce à vos hôpitaux. Pourriez-vous nous en dire un peu plus sur ce que vous pourriez enseigner à l'administration fédérale grâce à cette expertise?

Chef Edmund Bellegarde: Il y a l'autre niveau de cadre stratégique dans cet aspect législatif, et nous, les Autochtones, nous y consacrons beaucoup d'énergie, grâce aux structures de nos Premières Nations et de notre gouvernance. C'est notre objectif.

C'est vrai, il y a la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones; c'est vrai, il y a les appels à l'action, mais la nation des Dakotas de Sioux Valley travaille vraiment à acquérir l'autonomie.. La nation dakota de Whitecap, immédiatement au sud de Saskatoon, a entrepris son propre processus de négociation de l'autonomie.

Il s'agit de s'assumer et de se donner les pouvoirs, de se donner une capacité institutionnelle, et nous investissons non seulement de l'argent, mais aussi nos ressources humaines. Nous accédons à nos connaissances traditionnelles. Nous les interprétons à partir des discours, de l'avis de nos aînés et de celui de nos guérisseurs traditionnels; et nous veillons à ce que le résultat corresponde aux normes publiques fédérales ou provinciales.

Ce faisant, nous élaborons de nouveaux modèles, des cadres stratégiques plus efficaces. Ensuite, nous infusons les connaissances traditionnelles et les connaissances autochtones dans les médecines traditionnelles, selon un modèle plus globaliste de soins et de santé. Cela renforce le modèle public de soins de santé et le cadre des soins de santé publique. Nous ajoutons de la valeur à la politique plutôt que d'appliquer bêtement, sans discussion, selon le cas, les consignes fédérales et provinciales. Nous nous y sommes refusés. Nous voulons fournir une meilleure politique, renforcer la politique publique, proposer des solutions. Nous le faisons, nous le mettons en pratique. Nous donnons l'élan. Nous faisons des recherches à cette fin. Nous possédons les données. Nous innovons.

Autorisez certains centres d'innovation à agir et commençons à établir de nouveaux cadres stratégiques qui donneront des résultats, à l'échelle fédérale et provinciale, dans...

● (1615)

Mme Rachel Blaney: Vous avez aussi dit quelque chose au sujet du principe de Jordan et de son application, et vous n'êtes pas le premier. Nous avons vraiment assisté à la mise en place de mesures favorisant les jeunes, ce qui est tellement important. Mais on nous a dit que ce n'était pas suffisant, parce que ce problème de partage de compétences ne touche pas seulement les enfants, mais toute la société. Bien sûr, les soins doivent être la priorité. Pourriez-vous parler un peu des répercussions subies?

Chef Edmund Bellegarde: L'impact des traumatismes intergénérationnels commence à se faire sentir à un âge tendre chez trop de nos jeunes. Ils portent ainsi un fardeau nocif pour leur santé, qui abrège leur existence. Leurs modes de vie les exposent à de plus grands risques. Leurs normes de santé, leur alimentation et l'accessibilité des services, tout cela ne répond pas aux normes des provinces, à la norme canadienne.

Le principe doit s'appliquer partout, englober plus d'aspects. Un traumatisme, émotif ou mental, nuit à la santé, à ces indicateurs aussi.

Nous devons comprendre que le principe de Jordan... Il ne concerne pas nécessairement les jeunes seulement. Il concerne un cadre stratégique détraqué, paralysé par les problèmes ou déphasé par rapport aux besoins et aux intérêts de la clientèle.

Mme Rachel Blaney: Vous avez aussi effleuré la question de la réalité des services pour les Autochtones, dans les réserves et à l'extérieur. Je tiens à y revenir un peu, parce que cela pose un problème dans ma communauté. Souvent les gens, même s'ils ne vivent pas dans la réserve — c'est vrai dans ma communauté — s'y rendront pour trouver l'appui dont ils ont besoin. C'est indéniablement l'une des lacunes de la politique.

Je me demande si vous pouvez parler un peu de ce problème stratégique.

Chef Edmund Bellegarde: C'est des institutions qui n'ont pas eu de compassion pour notre peuple, comme les hôpitaux. L'hôpital amérindien de Fort Qu'appelle était réservé exclusivement aux Amérindiens dans les années 1930, et l'Hôpital de toutes les nations en a hérité. C'est ce vers quoi nous avons oeuvré.

C'est cette aversion, ce scepticisme ou la crainte de nos gens à l'égard des institutions; c'est l'accès. Certaines statistiques ne rendent pas compte de toutes les personnes qui passent à travers les mailles du filet du partage des compétences, parce que le système est rendu excessivement compliqué par l'excès de procédures, de politiques et de paperasse, et beaucoup ne reçoivent pas l'aide ou les orientations nécessaires. Entre la réserve et l'extérieur, particulièrement dans les communautés plus au sud où le mode de vie nomade est très répandu, voilà les défis. On les perd, faute de savoir de quelle administration — fédérale, provinciale — ils relèvent.

La nation de Piapot est située à 20 minutes de Regina. Il y a beaucoup de sans-abri et de personnes qui passent à travers les mailles, et les obstacles à l'accès découragent les tentatives ultérieures. Les statistiques ou les données sur lesquelles s'appuient les décisions stratégiques et les comptes des crédits du Conseil du Trésor ne les comptabilisent même pas.

● (1620)

Mme Rachel Blaney: Merci.

Della, je n'ai que quelques secondes, mais je ne vois pas ce qui empêche le ministre de donner suite à votre demande. Le savez-vous?

Ça limite entièrement votre capacité de fournir des services comme la réadaptation, l'ergothérapie et ainsi de suite.

Mme Della Mansoff: Ça limite notre capacité d'admettre des résidents de niveau 4 et de les faire rembourser par Santé Manitoba comme promis.

La présidente: Monsieur Amos.

M. William Amos (Pontiac, Lib.): Merci, madame la présidente.

Merci surtout à nos témoins, tant à ceux qui sont en ville qu'à ceux qui se joignent à nous par vidéoconférence.

Je suis ignorant de tout ce qui concerne la guérison traditionnelle. Je ne connais rien au sujet de son intégration dans le système de soins de santé occidental traditionnel et j'aimerais beaucoup en savoir plus.

Le niveau de compréhension du Canadien moyen doit être semblable au mien. Les Canadiens n'en savent probablement pas très long, et je pense qu'il serait très utile d'avoir une explication générale publique de la façon dont cette intégration est faite et de ce à quoi pourrait ressembler l'avenir, avec peut-être quelques variantes des scénarios possibles pour l'avenir parce que je présume que les méthodes de guérison traditionnelles varient d'une communauté à l'autre.

Votre commentaire m'a frappé, chef Bellegarde, et j'aimerais beaucoup vous donner l'occasion de nous donner cette leçon élémentaire.

Chef Edmund Bellegarde: Je vous en remercie.

J'ai modifié mon horaire afin d'être ici en personne parce que la santé est primordiale, surtout les soins de longue durée. Cela concerne en grande partie le savoir traditionnel de nos aînés, mais aussi le système et le cadre stratégique. Je suis toujours ravi de parler du travail que nous dirigeons, des modèles que nous concevons et que nous utilisons, des données que nous recueillons, des recherches que nous menons, des méthodologies, des ontologies, des épistémologies — nos façons de savoir et d'être —, de nos lois traditionnelles, de notre pratique de guérison traditionnelle, ainsi que des remèdes: comment ils sont préparés, quand ils sont cueillis et où ils sont ramassés, et aussi du contexte spirituel entourant leur utilisation parce que les plantes et les remèdes divers ont des usages différents.

La pharmacologie et les médicaments occidentaux sont basés en grande partie sur les connaissances traditionnelles issues de la médecine naturelle. Nous faisons renaître cet aspect. Nous l'incluons dans la discussion entourant la politique publique pour rappeler à la médecine occidentale qu'elle repose sur le savoir autochtone, sur les processus naturels de guérison et sur les remèdes naturels.

Nous le rappelons au Canada, mais aussi à toute la planète parce que nous sommes tous unis. Nous devons renforcer l'ensemble de la chaîne, et ce sont aux endroits où nous pouvons ajouter de la valeur que nous essayons de nous insérer.

Nous serions ravis de vous faire part du modèle et des sages pratiques que nous avons créés.

M. William Amos: Merci.

J'aimerais inviter les témoins qui sont avec nous par vidéoconférence à nous parler de leur expérience quant au savoir traditionnel ou à nous dire si, dans l'établissement où ils travaillent, les praticiens emploient une approche qui inclut la guérison traditionnelle. Peut-être pouvez-vous nous donner un exemple précis de la façon d'incorporer la guérison traditionnelle dans les soins de longue durée.

Mme Florence Willier: Il nous arrive très certainement, dans notre centre de santé, d'avoir recours à une combinaison de pratiques de guérison traditionnelles et occidentales. Les médecins qui sont venus travailler chez nous ont été très réceptifs aux enseignements des guérisseurs traditionnels. Les membres de notre communauté dépendent des remèdes qui sont cueillis chaque année. Ils pratiquent ce qu'ils ont appris à un jeune âge. Nous devons continuer à transmettre ces enseignements afin de préserver notre mode de vie et les pratiques de guérison naturelles inhérentes aux Autochtones. Nous nous tournons vers ce processus naturel lorsque nous n'allons pas bien et que nous avons besoin de nous soigner. Nous avons été très chanceux que l'Université de l'Alberta vienne faire de la recherche auprès des membres de notre communauté atteints de diabète. Nous avons accueilli plusieurs médecins, et Dr Winterstein commencera à faire du travail spécialisé auprès des diabétiques de notre communauté.

Les soins de longue durée sont un des secteurs. Nos aînés doivent disposer d'un endroit où la guérison va se poursuivre et où ils vivront dans la dignité, dans le milieu où ils ont grandi. Ils veulent se sentir à l'aise. Ils parlent souvent de ne pas vouloir quitter l'endroit où ils sont nés, où ils ont élevé leurs enfants et où ils ont eux-mêmes appris lorsqu'ils étaient enfants. Ils veulent pouvoir demeurer sur leurs terres. Souvent, dès qu'ils entendent qu'ils doivent quitter la communauté pour se rendre à un établissement de soins de longue durée, vous voyez dans leurs yeux que tout s'arrête, qu'ils ne veulent pas partir. Pour eux, il n'y a aucune raison de continuer parce que ce n'est pas une façon de mourir ou de guérir dans la dignité.

● (1625)

La présidente: Merci.

Mme Florence Willier: C'est très important que les communautés comme celle de Driftpile... Nous avons fait les études; des médecins, des professeurs et des spécialistes ont compilé les données.

Je suis ravie que le chef Bellegarde ait dit qu'ils avaient recueilli des données. Nous avons fait la même chose.

La présidente: Merci beaucoup d'avoir répondu à la question, mais notre temps est écoulé.

Au nom des membres du Comité, je vous remercie pour votre participation.

[*Français*]

Merci beaucoup.

[*Traduction*]

Meegwetch.

Je vous invite à rester. Nous allons recevoir un autre groupe de témoins et poursuivre les séances d'information. Nous allons prendre une courte pause.

● (1625)

_____ (Pause) _____

● (1635)

La présidente: Bienvenue à toutes et à tous.

Le nouveau groupe de témoins va nous présenter trois exposés.

Nous accueillons M. John Cutfeet, de la Sioux Lookout First Nations Health Authority, et le grand chef adjoint Derek Fox, de la Nation Nishnawbe Aski.

Derek et John sont ici à Ottawa.

Nous accueillons aussi, par vidéoconférence, le représentant de Heart River Housing et le chef Cadmus Delorme.

Nous allons suivre l'ordre du jour et commencer par M. John Cutfeet, président du conseil, et le grand chef adjoint Derek Fox.

Cela vous va-t-il?

Le grand chef adjoint Derek Fox (grand chef adjoint, Nation Nishnawbe Aski): Nous allons inverser l'ordre, si vous êtes d'accord.

La présidente: Je prends les choses comme elles viennent. Ça va.

Vous avez 10 minutes. Je vais essayer de vous faire signe si votre temps de parole touche à sa fin. Une fois que tout le monde aura présenté, nous passerons aux questions des députés. Je vous prie de commencer.

Le grand chef adjoint Derek Fox: Bonjour à toutes et à tous. Je m'appelle Derek Fox et je suis le grand chef adjoint de la Nation Nishnawbe Aski. J'habite la Première Nation de Bearskin Lake, la deuxième communauté la plus au nord de l'Ontario.

Pour ceux et celles qui ne le savent pas, la Nation Nishnawbe Aski représente deux tiers de la masse terrestre de l'Ontario. Nous comptons 49 Premières Nations, 50 000 personnes et 32 collectivités éloignées. Nombre de ces personnes vous diraient que c'est nous qui sommes éloignés, pas elles. Elles sont très fières de leurs terres natales et de ce qui les constitue: les réseaux fluviaux, les fondrières et les marécages. C'est chez eux. C'est chez nous. C'est chez nous à tous.

Avant que j'oublie, j'aimerais souligner la présence de mes collègues: M. James Cutfeet, notre directeur de la santé, et M. John Cutfeet, un homme aux multiples talents.

Comme vous le savez, nous sommes ici aujourd'hui pour parler des soins des aînés. Le thème de notre exposé est: « Je veux rentrer chez moi ». L'idée et la vision principales concernent le désir de nos aînés de rentrer chez eux, de passer leurs dernières années à la maison, sur les terres dont je viens de parler. Nous ne voulons pas les voir seuls et malades. Je suis certain que nombre d'entre vous comprennent. Nombre d'entre vous ont des parents et ont eu des grands-parents, et durant les dernières années de leur vie, vous vouliez qu'ils soient à l'aise et qu'ils ne se sentent pas seuls.

Je sais que nous avons seulement 10 minutes. C'est M. John Cutfeet qui présentera notre exposé; je vais donc lui céder la parole. Je tiens simplement à dire *meegwetch*, merci de nous accueillir ici aujourd'hui.

La présidente: Merci. Nous reviendrons aux témoins durant la période de questions.

Monsieur John Cutfeet.

M. John Cutfeet: *Meegwetch.*

[*Le témoin s'exprime en oji-cri.*]

Merci. Bonjour à toutes et à tous.

Je viens de Kitchenuhmaykoosib Inninuwug. C'est à environ 600 kilomètres au nord-ouest de Thunder Bay. Son nom anglais est Big Trout Lake. C'est un endroit magnifique qui est très difficile à quitter. Vous pouvez donc imaginer comment nos aînés se sentent lorsqu'ils doivent partir de chez eux pour se rendre à un établissement de soins de longue durée loin de tout ce qu'ils connaissent.

J'ai un court exposé à vous lire, mais avant, j'aimerais mentionner que le directeur de la politique et de la défense en matière de santé de la nation Nishnawbe Aski, M. James Cutfeet, et moi sommes parents, si vous ne l'aviez pas encore compris. C'est mon frère.

Des voix: Ha, ha!

M. John Cutfeet: Comme le grand chef adjoint l'a mentionné, notre exposé s'intitule: « Je veux rentrer chez moi ».

Lorsqu'ils n'ont plus accès aux soins et aux services de santé dont ils ont besoin, nos aînés doivent quitter leur communauté pour être placés dans des établissements urbains de soins de longue durée. Leur nouveau cadre leur est étranger. Les aînés s'efforcent de s'adapter à leur nouveau milieu, mais ils souhaitent ardemment rentrer chez eux pour être avec leur famille, entourés de leurs petits-enfants, dans le cadre familier de leur communauté; ils souhaitent pouvoir parler leur propre langue et communier avec le territoire qu'ils connaissent.

Dans les établissements de soins de longue durée, la phrase qui sort le plus souvent de la bouche des aînés est: « Je veux rentrer chez moi. » La demande est simple et pourtant impossible à exaucer. Vous vous demandez peut-être pourquoi. Durant notre exposé, nous allons vous fournir, à vous les membres du Comité, des renseignements sur les obstacles qui nous empêchent, nous les professionnels de la santé et les dirigeants des Premières Nations, de satisfaire à la demande de nos aînés de rentrer chez eux.

Le grand chef adjoint a présenté quelques renseignements généraux. La nation Nishnawbe Aski, ou la NNA, représente 49 des 133 Premières Nations de l'Ontario. Elle comprend deux régions visées par les traités: celle visée par le Traité n° 9 et la partie ontarienne du territoire visé par le Traité n° 5. Sur le plan géographique, la NNA est de la même taille que la France. Des 49 Premières Nations, 32 sont très éloignées et accessibles par avion durant toute l'année. Les 32 collectivités éloignées sont habituellement accessibles par route d'hiver pendant environ 4 à 6 semaines, selon le phénomène des changements climatiques.

Le 23 juillet 2017, la NNA a signé la Charte des principes relationnels régissant la transformation du système de santé sur le territoire de la nation Nishnawbe Aski, avec la ministre de la Santé du Canada de l'époque, Mme Jane Philpott, et le ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario d'alors, M. Eric Hoskins. Les principes gouvernant la transformation et la conception du système de santé seront établis par les membres de la NNA par l'intermédiaire de consultations menées auprès des communautés, consultations qui sont absolument essentielles. Nous sommes pratiquement certains que les soins aux aînés feront partie des questions prioritaires qui seront soulevées durant les consultations. Le sujet des soins aux aînés a été abordé pour la première fois lors d'une assemblée de la NNA il y a 17 ans. Aujourd'hui, nous relançons la discussion pour prendre en main les soins aux aînés au sein des communautés de la NNA.

Les soins aux aînés sont surtout prodigués par des membres de la famille, qui, dans de nombreux cas, se relayent pour s'occuper de leurs aînés, et ce, sans avoir suivi de formation officielle et sans recevoir de services de soutien essentiels. Aucune communauté n'a accès à des soins de relève pour appuyer les aidants naturels. Les aidants naturels n'ont droit à un répit que lorsque l'aîné est admis à un hôpital à l'extérieur de la communauté. Cela arrive souvent lorsque les seuls soins de base que la communauté est en mesure d'offrir ne répondent plus aux besoins de la personne âgée, ou parce que l'aidant naturel a lui-même des problèmes de santé causés par la négligence de son bien-être personnel, ce qui l'empêche de fournir des soins.

● (1640)

Un minimum de soutien des soins à domicile est offert dans les communautés de la NNA. Nous le soulignons parce que durant l'exercice actuel, la province a augmenté les fonds octroyés aux 133 Premières Nations. Toutefois, ce n'est pas assez, et les ressources humaines adaptées à la culture continuent à poser problème. Il y a peu de préposés aux services de soutien à la personne qualifiés au sein des communautés. Les préposés qui aident les aînés dans les communautés de la NNA apprennent sur le tas, contrairement aux préposés qui travaillent dans les établissements urbains de soins de longue durée, qui eux doivent être diplômés.

Dans les communautés des Premières Nations, les services de soutien des soins à domicile sont seulement offerts du lundi au vendredi, de 9 heures à 17 heures. Durant les week-ends, ce sont les aidants naturels qui doivent fournir les soins. De nombreux obstacles empêchent de permettre aux aînés qui le souhaitent de rentrer chez eux. Il y a des problèmes liés aux compétences et au sous-financement. Les besoins des Premières Nations sont souvent pris entre les responsabilités des deux gouvernements, et l'enchevêtrement est maintenu par la division fédérale de la responsabilité: les Indiens et les terres réservées pour les Indiens. Aussi, il n'y a aucun lit de soins de longue durée dans les communautés de la NNA. Les 106 lits de soins de longue durée que la province a approuvés récemment iront dans des établissements urbains. Deux hôpitaux qui se trouvent sur le territoire de la NNA recevront respectivement 76 et 30 lits.

Comme je viens de le dire, le soutien des soins à domicile est insuffisant et il n'y a aucune surveillance après les heures. Parfois, lorsque les aînés meurent subitement dans leur maison ou leur appartement, on ne les trouve que le lendemain.

Il ne me reste que deux minutes; je dois donc poursuivre rapidement. Nous avons inclus des renseignements dans ce document de recherche que vous pourrez lire plus tard concernant certaines choses dont les communautés ont besoin pour améliorer l'accès aux services. En raison des déterminants sociaux de la santé, des obstacles aux services de santé et de maints autres facteurs, il faut établir des centres de soins de longue durée dans les communautés des Premières Nations parce que la majorité de ces centres, comme je l'ai déjà dit, sont situés en milieu urbain, et c'est là que nous devons envoyer nos aînés lorsqu'ils ne peuvent plus recevoir les soins dont ils ont besoin à l'intérieur de la communauté.

Récemment, lors d'une réunion que nous avons tenue avec nos dirigeants il y a quelques jours, la chef Lorraine Crane, de la nation de Slate Falls, a affirmé que leurs aînés voulaient rester à la maison avec leurs familles. Le chef Ignace Gull, de la Première Nation d'Attawapiskat, a dit que leurs aînés étaient une priorité, qu'il n'y avait aucun soutien médical et que cela devrait être une priorité. Le chef Wayne Moonias, de la Première Nation de Neskantaga, a déclaré que les aînés éprouvaient des difficultés dans les centres de soins urbains et qu'ils ne traiteraient pas nos aînés de la façon dont ils sont traités.

Il y a des préoccupations concernant les soins que les membres de nos communautés reçoivent. Nos aînés sont souvent renvoyés à la maison dans des cercueils, sans explication de la cause de leur décès. Combien d'autres aînés perdrons-nous avant que le plan soit terminé? Nous sommes peinés lorsque nos aînés sont envoyés dans des foyers non adaptés sur le plan culturel et lorsque les familles sont scindées. C'est pour cette raison qu'il est primordial que nous déployions des efforts ciblés en vue de respecter et de préserver la dignité de nos aînés lorsqu'ils nous disent: « Je veux rentrer chez moi. »

C'était le thème de notre exposé. Je vous remercie de nous donner l'occasion de discuter avec vous.

Meegwetch.

● (1645)

La présidente: Le prochain exposé sera présenté par M. Lindsay Pratt, de Heart River Housing.

Vous avez un maximum de 10 minutes.

M. Lindsay Pratt (administrateur, Heart River Housing): J'aimerais d'abord saisir l'occasion pour vous remercier de nous permettre de faire entendre notre voix ici, et j'espère que l'information que je vous transmettrai vous sera utile.

Essentiellement, Heart River Housing est un organisme de gestion sans but lucratif établi par la province pour administrer des logements pour familles à faible revenu, les édifices de propriété provinciale et des pavillons d'hébergement. De manière générale, nous ne faisons pas partie du réseau de la santé, mais nous administrons quatre pavillons.

Le territoire que nous couvrons va de la municipalité de Fox Creek, en passant par Valleyview, jusqu'à High Prairie et à Slave Lake. La plupart des municipalités de notre secteur comptent moins de 2 500 habitants, donc nous n'avons qu'une toute petite population très dispersée. Je pense que notre territoire fait plus de 40 000 kilomètres carrés.

Nous sommes aussi très près de cinq Premières Nations et de trois établissements métis dont les principaux centres commerciaux sont High Prairie et Slave Lake, donc nous interagissons beaucoup avec les Premières Nations de notre région. Quatre-vingts pour cent de nos unités de logement familiales accueillent des familles autochtones, donc encore une fois, notre bilan avec les familles et les groupes autochtones est vraiment très bon.

Pour ce qui est des services aux aînés, il sont de plus en plus nombreux à habiter nos pavillons, donc nous essayons de répondre à leurs besoins culturels, mais là encore, pour l'instant, il n'y a pas tellement... Nous nous demandons pourquoi ils ne viennent pas chez nous. Je comprends l'idée de ne pas vouloir quitter sa maison, et je peux saisir tout ce que M. Cutfeet a expliqué sur les aînés qui ne veulent pas quitter leurs réseaux de soutien, même si nos communautés sont très près des bandes et des établissements et si je pense qu'il y a plus de souplesse à cet égard.

Pour les soins de longue durée, un établissement de 64 lits vient d'être construit dans la petite ville de High Prairie. On nous disait qu'il faudrait jusqu'à cinq ans avant que tous ces lits soient occupés, alors qu'il n'a fallu que trois mois et demi pour combler les places. Encore une fois, cela impose beaucoup de pression au pavillon pour aînés, parce que nous y offrons des services de niveau 2. Nous serions ouverts à l'idée d'offrir des services de niveau 3 dans un milieu qui ressemblerait davantage à une résidence qu'à une institution. Je comprends bien ce que mon ancien collègue disait sur le fait de placer des gens en institution. Nos pavillons ne sont pas comme cela. Nous les considérons comme des résidences et nous essayons de les rendre aussi confortables que possible sans leur donner l'allure d'un hôpital.

Nous administrons environ 900 unités, et 175 d'entre elles sont dans des pavillons pour aînés. Environ 125 sont des appartements pour aînés. Encore une fois, nous n'avons pas autant d'expérience et de responsabilités en matière de santé que nous le voudrions, parce que nous croyons que nous pourrions aider plus.

Je m'arrêterai ici et je vous laisserai me poser des questions, si je peux vous vous être utile.

● (1650)

La présidente: Merci.

M. Lindsay Pratt: J'aurais dû vous en avertir à l'avance et laisser mes minutes à quelqu'un d'autre.

La présidente: Cela fait beaucoup d'innovation en une même séance, nous verrons.

Nous donnerons d'abord 10 minutes à notre dernier témoin, le chef Delorme.

Vous avez jusqu'à 10 minutes.

Chef Cadmus Delorme (Première nation de Cowessess): Merci, madame la présidente.

La Première Nation Cowessess se trouve sur le territoire du Traité 4. Je vois d'ailleurs l'un de mes collègues, un chef tribal. Edmund a pris la parole un peu avant moi. Nous venons du même coin.

La Première Nation Cowessess compte 4 259 citoyens. Un peu moins d'un millier d'entre eux vivent sur nos terres; tous les autres sont nomades, sur le territoire du Traité 4 et au-delà. L'âge moyen sur nos terres est d'environ 35 ans, et nous avons beaucoup de baby-boomers qui souhaitent revenir chez nous pour y vivre.

J'ai trois petites histoires à vous raconter pour donner une dimension plus personnelle à tout cela.

Un homme du nom de Bruce est décédé en octobre dernier. Il était atteint de démence depuis environ deux ans. C'était un leader dans la communauté depuis longtemps. Il avait 69 ans au moment de son décès. Au cours de sa dernière année de vie, il a été admis à la Broadview Centennial Lodge, une résidence située à environ 23 kilomètres au nord de Cowessess. Il n'aurait pas fait de mal à une mouche, mais à cause de la démence, il avait des épisodes agressifs, malheureusement. Parfois, il était attaché à son fauteuil roulant, parce que les infirmières ne savaient plus quoi faire. Il essayait de s'enfuir, des choses du genre. C'était très difficile émotionnellement pour sa famille de voir un être cher traité comme cela. Ce n'est pas que je ne respecte pas cette résidence; je sais que ses ressources sont très limitées.

Bruce était assez conscient pour savoir qu'il n'était pas chez lui, dans la réserve. Tous les jours, il voulait prendre la voiture pour essayer de rentrer chez lui. Tout ce qu'il voulait, c'était de rentrer chez lui. Malheureusement, la démence a eu raison de lui, puis il est décédé.

Ma deuxième histoire est celle d'une dame du nom de Maggie Redwood. Elle est décédée il y a environ un an à l'âge de 101 ans. Sa famille avait refusé de la placer en résidence. Elle était dans un état où sa famille devait tout faire pour elle. Ses proches devaient la changer, lui donner son bain. Ils devaient essentiellement l'alimenter. Les membres de sa famille se sont épuisés au cours de ses deux dernières années de vie, seulement parce qu'ils ont dû sacrifier leurs propres emplois et leur temps personnel. Ils refusaient qu'elle aille vivre dans une résidence loin de la réserve. Cela a été dur pour eux d'honorer leur grand-mère, leur arrière-grand-mère, leur arrière-arrière-grand-mère, mais ils lui ont permis de finir ses jours dans une maison ordinaire de Cowessess, en lui prodiguant des soins de niveau 3 par leurs propres moyens.

Ma dernière histoire est celle d'Harold Lerat. Il vit actuellement chez nous. Il se pense dans la réserve, mais il vit en résidence. On lui parle, et il dit que ses chevaux sont dehors, que sa maison de la réserve est juste là. C'est dur pour les membres de la famille, de temps en temps, quand ils doivent se rendre encore et encore à Broadview, mais ils ne veulent pas lui briser le coeur et lui dire qu'il n'est pas chez lui.

C'était les trois histoires que je voulais vous raconter pour commencer, pour vous montrer qu'il faut vraiment offrir des soins de longue durée sur nos terres.

À Cowessess, nous séparons les gens en trois catégories d'âge. Il y a les 21 ans et moins, puis les 22 à 54 ans, qui ont certains besoins et désirs dans la vie. Il y a ensuite les 55 ans et plus, qui veulent deux choses: ils veulent de la sécurité et ils veulent savoir qu'il y a quelqu'un pour s'occuper d'eux. Certaines personnes pourront avoir besoin de soins de niveau 2, 3 et 4, mais n'oseront rien dire, par peur de se faire extirper de leur maison et placer dans un pavillon. C'est au point où ils se blesseront à essayer de prétendre que tout va bien. Le fond de l'histoire, c'est qu'ils ne veulent pas partir. Ils ne veulent pas qu'on s'occupe d'eux hors de la réserve. Ils veulent rester chez eux.

Il y a différentes catégories de besoins. Il y a ceux de catégorie 2, qui sont des besoins de base. Ces personnes n'ont peut-être pas besoin de soins de longue durée permanents, mais elles auraient clairement besoin de services quotidiens près de chez elles, ne serait-ce que de l'accès à une infirmière ou à des renouvellements constants, par exemple. Ces personnes peuvent essentiellement continuer leur vie.

Par contre, l'objectif est d'offrir plus de services d'urgence et de soins de longue durée dans la réserve. Il faut donc évaluer les services d'urgence, le temps qu'il faut à une ambulance pour parvenir à la réserve et trouver l'endroit. Nous sommes un peu plus proactifs à ce sujet dans la Première Nation de Cowessess.

Il y a ensuite les partenariats. Les réserves, les Premières Nations et les bandes ne peuvent pas y arriver seules. La Première Nation Cowessess a pour voisines les nations Sakimay, Kahkewistahaw et Ochapowace. Nous travaillons ensemble à trouver une solution pour les soins de longue durée. Nous en discutons pour voir comment nous pourrions travailler en partenariat et réaliser des économies d'échelle.

● (1655)

Même au-delà de cela, il y a des différences de compétences, parce que la Première Nation est située sur des terres qui ont statut de réserve. Comme mon ami l'a dit un peu plus tôt à l'égard des terres réservées pour les Indiens, il y a parfois des problèmes de compétences avec la province.

La Première Nation Cowessess rencontre donc ses partenaires provinciaux afin de leur expliquer que nous n'avons pas besoin de parler des compétences puisque nous savons qu'il y a des différences entre nous, mais que nous voulons savoir si nous pourrions obtenir des soins dans la réserve, dans le respect du partage des compétences. Il commence à y avoir une conversation.

La Première Nation Cowessess compte parmi ses citoyens des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires qualifiées. Certaines travaillent déjà dans les pavillons locaux situés dans les villes. Le capital humain est donc déjà là, et ces infirmières sont prêtes à rentrer chez elles. Il ne nous manque qu'un peu d'infrastructure générale, si c'est le but.

Je me rends souvent à la résidence, simplement en visite, et je vois que beaucoup de personnes qui y résident, Autochtones ou non, sont oubliées. Certaines ne reçoivent aucune visite ou très peu. Quand on entre dans un centre de soins de longue durée, les gens sont tellement contents de nous voir. Tout le monde veut nous parler. La Première Nation Cowessess organise donc un petit pow-wow local à la Broadview Centennial Lodge pour offrir aux résidents un brin de culture et un peu de visite.

L'un de nos plans d'action comprend donc l'ouverture d'un centre de soins de longue durée à Cowessess, et nous prévoyons y annexer une garderie. L'un des meilleurs remèdes pour les aînés, c'est de voir leurs petits-enfants, leurs arrières-petits-enfants, des enfants en général. Le fait d'aménager une garderie où motiver notre prochaine génération de leaders dans le même édifice qu'un centre de soins de longue durée crée un équilibre et des interactions entre les deux.

Parfois, il y a un choc culturel quand des aînés doivent quitter la réserve. Quand on a un certain mode de vie et une certaine mentalité, qu'on pense à l'humour ou aux traumatismes intergénérationnels liés aux pensionnats, il y a un choc culturel. Parfois, dans ces parties de la province, les infirmières à qui l'on enseigne à offrir des services n'ont pas appris à faire preuve de sensibilité culturelle. Ce choc culturel signifie beaucoup de choses, et je remarque que ce doit aussi être pris en compte.

Je ne comprends pas, mais la réalité est telle qu'un aîné placé en soins de longue durée n'a aucune difficulté à se faire enterrer sur la réserve, pour y trouver son dernier repos, alors qu'il ne pourra pas y passer ses cinq dernières années de vie parce que nous n'y avons pas de services. Il y a quelque chose qui cloche dans cette structure, et je sais que si nous nous remuons un peu les méninges, nous pourrons trouver une solution.

Pour terminer, je veux simplement dire que je suis vraiment content de faire partie de cette réflexion. Je souhaite dire, pour conclure, qu'il n'y a pas que les soins de longue durée pour les aînés. Il y a aussi des adultes membres de la Première Nation Cowessess qui ont besoin de soins de niveau 3 ou 4 et qui vivent chez leurs grands-parents, ce qui constitue de l'abus envers les aînés, d'une certaine façon, parce que les aînés ne savent pas quoi faire de leurs petits-enfants. Je sais que ce n'est peut-être pas le bon comité avec qui aborder cette question, mais je souhaitais le mentionner. Il y a aussi des membres de la Première Nation Cowessess qui ne sont pas des aînés mais qui auraient besoin de soins de niveau 3 ou 4, pour qui il faut trouver une solution, donc il faut y penser. Il ne faut pas oublier la plus jeune génération.

Merci.

● (1700)

La présidente: *Meegwetch*. C'est un très bon point, qui est tout à fait pertinent dans le cadre de notre étude.

Passons maintenant à la période de questions. Nous commencerons par le député Mike Bossio.

M. Mike Bossio: Merci, monsieur le président.

Je vous remercie infiniment d'être ici aujourd'hui.

Le Comité a eu la chance de visiter la Sioux Lookout, et je dois dire que nous avons été très bien accueillis. Ce fut une expérience fantastique, pendant laquelle on nous a présenté beaucoup de services différents offerts à l'hôpital, au pavillon pour aînés et par la direction des services de santé.

Je dois dire que ce qui m'a frappé le plus, en rétrospective, c'est le taux d'épuisement des préposés aux services de soutien et du personnel des services de santé en général. C'est l'un des messages que j'ai retenus de notre rencontre avec l'autorité de santé, et à entendre John, j'ai l'impression que cela n'a pas changé.

Il semble y avoir beaucoup de dimensions au problème, puisqu'il y a une pénurie de main-d'oeuvre qualifiée pour offrir les services et un manque de formation et de perfectionnement professionnel, afin de former des professionnels le plus vite possible pour offrir ces services.

Y a-t-il pénurie au sein de la communauté elle-même? Y a-t-il des professionnels de la santé qui viennent de l'extérieur pour travailler dans la communauté ou en arrivons-nous finalement au stade où nous formons assez de personnes dans la communauté même pour offrir ces services?

Le grand chef adjoint Derek Fox: Je demanderais à James de répondre à cette question.

M. John Cutfeet: L'une de nos grandes difficultés au chapitre des soins de santé, c'est les ressources humaines. L'une des solutions consisterait à renforcer et à renouveler nos ressources professionnelles existantes. En même temps, nous multiplions les programmes pour essayer d'offrir de la formation professionnelle aux Autochtones.

L'autre difficulté, quand on veut faire venir des gens dans la communauté pour qu'ils y vivent, c'est le logement. Vous avez probablement entendu de nombreuses histoires sur la pénurie de logements. Ce doit être pris en compte aussi, parce que nous avons besoin de professionnels et de ressources dans nos communautés.

Donc effectivement, le développement des ressources humaines est une grande préoccupation en ce moment, et nous devons commencer à réfléchir à la façon dont nous allons gérer cela.

M. Mike Bossio: Cela revient à ce que nous avons entendu à tellement d'endroits: c'est très lié aux prédéterminants sociaux, à commencer par l'éducation. S'il n'y a pas d'éducation, et pas seulement en santé, mais aussi en menuiserie, en électricité, en construction, dans tous les domaines nécessaires, parce que nous avons besoin de construire des maisons... Sans maisons, nous ne pouvons pas faire venir de professionnels de la santé, mais nous devons aussi former ces professionnels pour avoir accès à du personnel qualifié. Il ne suffit pas de dire que si nous avions plus de professionnels de la santé, nous pourrions offrir ces services, c'est beaucoup plus compliqué. La difficulté, c'est tout le chemin pour en arriver là.

Je voulais voir si cela allait faire une différence. La Sioux Lookout First Nations Health Authority a récemment réussi à obtenir du financement pour créer une équipe mobile autochtone de soins primaires interdisciplinaires. Quand elle sera en place, comment contribuera-t-elle à répondre aux besoins de soins de longue durée dans vos communautés?

● (1705)

M. John Cutfeet: Quand elle sera en fonction, cette unité mobile sera très utile. Mais encore une fois, si nous voulons que des groupes de professionnels viennent dans une communauté, il faudra trouver à les loger.

Quand j'étais chef de la communauté de Big Trout, il y a un an, nous avons eu la chance de recevoir l'autorisation d'ouvrir un nouveau centre de santé. Nous avons exhorté le gouvernement fédéral, Santé Canada, de prévoir plus d'espaces de bureau, particulièrement des salles d'examen. Nous y avons des infirmières, il y a des médecins qui s'en viennent et il y aura d'autres professionnels en visite qui auront besoin de salles. Au moins, nous essayons de voir comment nous pouvons agrandir les nouveaux établissements approuvés qui seront construits dans les communautés.

M. Mike Bossio: Il y a beaucoup d'infrastructures qui doivent être en place dans les différentes communautés ne serait-ce que pour que ces équipes mobiles puissent venir y offrir des services. À votre avis, en quoi des ententes de financement à long terme pourraient-elles contribuer à lever les obstacles à la capacité des Premières Nations d'offrir des soins de longue durée et d'avoir des établissements de soins de longue durée? En quoi des ententes de financement à long terme pourraient-elles offrir aux communautés autochtones la souplesse et l'autonomie voulues pour offrir les soins de longue durée nécessaires?

La présidente: À qui posez-vous la question? Nous avons un témoin en vidéoconférence.

M. Mike Bossio: À James, encore une fois, simplement parce que pour avoir rendu visite à la communauté, nous comprenons un peu le contexte.

M. John Cutfeet: Je vous parlerai encore de l'établissement de santé approuvé pour Kitchenuhmaykoosib Inninuwug, Big Trout Lake. J'ai justement demandé comment nous pourrions inclure la province, obtenir un investissement de la province, question d'aménager un établissement plus grand, où nous pourrions offrir des services provinciaux et fédéraux.

Les deux processus d'investissement sont totalement séparés. Il doit y avoir une forme de discussion entre les deux ordres de gouvernement pour rendre un tel projet possible. Même si nous discutons ainsi que de ce qui est du ressort fédéral, en matière de financement et de capital, on nous dira: « c'est la responsabilité de la province, nous ne nous en occupons pas. » Il doit y avoir une discussion, une collaboration entre les deux ordres de gouvernement pour que nous puissions obtenir des capitaux des deux, afin de construire de meilleures installations dans les communautés autochtones.

M. Mike Bossio: Merci infiniment.

La présidente: Au tour maintenant d'Arnold Viersen et de Kevin Waugh de poser des questions.

M. Kevin Waugh (Saskatoon—Grasswood, PCC): D'accord, allons-y.

J'attraperai la balle au bond. Je vois pour ma part trois ordres de gouvernement. Il y a le fédéral, le provincial et votre communauté. Quand on parle de soins de santé, on ne parle que de gaspillage au pays. J'arrive tout juste de la Saskatchewan, où 32 vice-présidents, environ, ont été limogés. Il n'y a plus qu'une autorité de la santé dans ma province. Il y en a déjà eu 32. Il n'y en a plus qu'une. Tous les vice-présidents ont été largués.

Nous venons d'avoir une conversation intéressante à ce sujet avec le chef Bellegarde. Parlons d'abord de tout l'argent gaspillé dans la province, et j'oserais dire aussi au sein de l'administration fédérale, qui ne sert pas à ce à quoi il devrait servir.

Je m'adresserai d'abord au chef de la nation Nishnawbe, parce que vous avez parlé du gouvernement fédéral et du gouvernement provincial, mais je pense que votre groupe devrait faire partie de l'équation aussi. Je ne sais pas où la conversation doit commencer sur des partenariats, mais premièrement, ce pays n'a pas les moyens de payer pour tout et deuxièmement, nous devons agir très rapidement, parce que les soins de longue durée, en milieu urbain comme dans les réserves, sont dans un état déplorable au Canada.

Nous commencerons par cela, si vous le voulez bien.

● (1710)

M. John Cutfeet: Ce qui se passe dans les communautés autochtones qui essaient d'offrir des soins aux aînés, c'est que les Premières Nations cherchent des ressources financières pour construire des établissements. Vous dites qu'il y a certes le gouvernement fédéral et la province, mais que la Première Nation aurait un rôle à jouer aussi. Vous dites que nous pourrions utiliser nos maigres ressources et travailler en partenariat pour construire de meilleures installations.

C'est comme dans ma communauté de Kitchenuhmaykoosib Inninuwug. La communauté a amorti les coûts des installations pour aînés, question d'avoir au moins un endroit où les accueillir.

M. Kevin Waugh: Oui. Très bien.

Je dois aussi m'adresser à Cadmus. Je suis content de vous revoir, Cadmus. Je tiens à vous féliciter de tout le travail que vous avez abattu dans votre communauté depuis que vous en êtes devenu le chef. Vous faites un travail fantastique en éducation et avez d'excellentes idées pour vos aînés. Parlons maintenant un peu du système de santé en place dans notre province.

La situation vous touche-t-elle? Avez-vous constaté des changements depuis l'arrivée du nouveau système, il y a quelques mois?

Chef Cadmus Delorme: Merci. C'est un peu comme une nouvelle relation. C'est encore un peu flou. Nous ne savons pas vraiment à quoi nous en tenir. Si je ne m'abuse, le nouveau système de santé n'est en place que depuis quatre mois. Nous avons rencontré les gens de la régie de la santé et du ministère. Lorsque je participe à ces rencontres en ma qualité de chef, je sens qu'ils sont un peu dans la même situation que nous. Ils essaient de voir en quoi consiste le nouveau rôle de chacun compte tenu des aspirations politiques et de [*Note de la rédaction: difficultés techniques*]. Selon moi, c'est un changement qui va permettre des économies d'échelle.

À ma connaissance, il est prévu qu'il y aura au moins un Autochtone au sein du nouveau conseil d'administration. Je pense que l'on aurait pu en faire un peu plus, car on ne peut pas vraiment connaître les problèmes que vivent les Autochtones à moins d'être autochtone soi-même. Je suis tout de même optimiste. Lors de ces rencontres, nous nous disons que nous avons tout au moins une chose en commun: nous partageons ce territoire. Il y a bien des querelles de compétences, mais il est préférable de les laisser de côté tant qu'il est possible de le faire. Essayons plutôt de voir quels services peuvent être mis en place grâce à la collaboration entre la nation de Cowessess et la province de la Saskatchewan.

Selon moi, nous en sommes rendus au point où il faut demander à la province si elle est vraiment intéressée à faire quelque chose. J'ai l'impression de perdre mon temps à ces réunions parce qu'on nous répond sans cesse que l'on va confier tel ou tel dossier à telle ou telle personne. Nous nous présentons là avec des idées bien étayées, mais personne ne veut les approuver.

M. Kevin Waugh: Je vais laisser le reste de mon temps à Arnold Viersen.

Merci beaucoup.

M. Arnold Viersen (Peace River—Westlock, PCC): Merci, Lindsay, d'être des nôtres aujourd'hui. Je vous en suis vraiment reconnaissant.

Je viens du Nord de l'Alberta. Votre organisation doit composer avec un grand nombre d'Autochtones qui s'installent dans vos communautés. Avez-vous envisagé la construction de logements dans les réserves?

M. Lindsay Pratt: Non, pas pour l'instant, mais la province nous arrive avec un programme de logement pour les Autochtones, et je sais qu'il y a des fonds disponibles auprès de la SCHL. La ville de High Prairie prévoit entamer des pourparlers avec les Premières Nations des environs pour amorcer le dialogue, car le sort de leurs aînés est un autre élément que nous ne saisissons pas très bien actuellement. Jusqu'à maintenant, nous sommes un peu restés dans notre coin en faisant ce que nous avions à faire et en venant en aide aux gens qui s'adressaient à nous, sans égard à leur provenance. Je crois toutefois que le moment est venu pour nous de visiter ces réserves et ces établissements métis pour savoir ce qui se passe avec leurs aînés, quels sont les plans de la collectivité les concernant et de quelle manière nous pourrions faciliter les choses.

Si nous devions construire des logements pour les Autochtones à l'intérieur de nos communautés, comment pourrions-nous les adapter à leur culture de telle sorte qu'ils soient bien à l'aise dans leurs allées et venues? Je sais que les collectivités autochtones et les établissements métis avoisinants sont de très petite taille, si bien que la question des économies d'échelle entre en jeu, car il est bien difficile pour chacune d'y parvenir individuellement. Alors, toute l'aide que nous pouvons apporter... Nos portes sont ouvertes. Notre conseil d'administration est très proactif, et je sais que la ville de High Prairie commence à envisager cette avenue. Il y a donc des perspectives qui s'offrent à nous.

● (1715)

M. Arnold Viersen: Plusieurs Premières Nations des régions avoisinantes se sont adressées à moi concernant la possibilité de construire leur propre établissement de soins. Est-ce que Heart River Housing serait intéressée à les faire bénéficier de son expertise à cette fin?

M. Lindsay Pratt: Certainement. Tout ce que nous pouvons faire... Nous pouvons offrir de l'aide aux Autochtones là où ils sont actuellement, ou bien ils peuvent venir vers nous.

C'est surtout le réseau provincial des services de santé qui nous pose problème. On vient tout juste de construire à High Prairie un nouvel hôpital comptant 64 lits pour les soins de longue durée, et c'est déjà plein. Au niveau 3 des soins, les patients qui doivent quitter leur réserve et devraient normalement être pris en charge dans cet établissement de soins de longue durée sont donc plutôt dirigés vers le pavillon ou renvoyés chez eux alors même que leur famille ne dispose pas des outils nécessaires pour bien prendre soin d'eux. C'est encore l'une de ces situations où la famille s'efforce de faire de son mieux sans avoir accès aux ressources appropriées. Si l'on doit retourner ces malades à la maison, il faut offrir à leurs familles le soutien nécessaire dans la réserve ou l'établissement métis. Dans le cas contraire, il faut s'assurer qu'ils ont accès à un centre où ils pourront recevoir des soins.

M. Arnold Viersen: Merci.

La présidente: Je suis désolée, mais c'est tout le temps que vous aviez, Arnold. Si cela vous a paru un peu court, vous devriez en discuter avec votre collègue.

Madame Blaney.

Mme Rachel Blaney: Merci, madame la présidente.

Un grand merci à tous de votre présence aujourd'hui. Je vous suis très reconnaissante pour vos témoignages.

Je vais adresser ma première question au grand chef adjoint, à James ou à John.

Dans le cadre de notre étude, nous avons pu établir une liste des principaux défis à relever. Il y a d'abord le manque de données adéquates. Il y a aussi les difficultés associées aux cadres de gestion intergouvernementaux et le manque de fonds pour la construction d'établissements de soins de longue durée. Il y a également les problèmes inhérents à toute collectivité rurale et éloignée, et je sais que je ne vous apprends rien, ainsi que le besoin fondamental de rétablir un lien avec la communauté. Enfin, il y a des lacunes au chapitre de la formation et des ressources humaines.

Vous nous parlez des difficultés que vous connaissez sous ses différents aspects et de votre thème du maintien à domicile, mais pourriez-vous nous en dire un peu plus sur la vie dans votre collectivité? Dans quelle mesure êtes-vous isolés? Combien de temps vous faut-il pour vous rendre à l'établissement de soins le plus près et quels obstacles devez-vous notamment surmonter à ce chapitre?

Le grand chef adjoint Derek Fox: Je peux vous répondre.

Comme je l'ai indiqué précédemment, nous avons 32 collectivités isolées sur un total de 49. Vous voulez savoir quelles sont les conditions de vie. Mike parlait tout à l'heure des déterminants sociaux de la santé, et je dirais qu'ils sont à l'origine de nos problèmes dans 90 % des cas. On parle d'éducation, d'infrastructures et de problèmes sociaux. Les lacunes à ces différents niveaux entraînent des problèmes de santé aussi bien pour les jeunes que pour les aînés et l'ensemble de notre population.

J'ai toujours cru qu'il fallait investir dans ces éléments comme les infrastructures, les programmes pour les jeunes, les loisirs, le hockey et toutes les mesures nécessaires pour que nos gens puissent être en santé et se développer sainement en passant du temps de qualité sur leur territoire et en étant fiers de leur identité d'Autochtone.

Dans nos 32 collectivités éloignées, les patients doivent se rendre par avion à Sioux Lookout ou à Timmins. Un vol aller-retour peut coûter entre 1 000 $ et 1 500 $. Ils doivent faire une demande au Programme des services de santé non assurés. On leur indique alors par téléphone si leur demande est approuvée ou non.

Ils se rendent donc à Thunder Bay ou à Sioux Lookout où ils doivent séjourner pendant un certain temps. Certains ne parlent même pas la langue locale. Ils sont perdus dans la ville. C'est tout une aventure pour eux de quitter leur première nation pour se retrouver dans une ville où ils ne se sentent pas à l'aise et où ils doivent arriver à survivre simplement pour obtenir des soins de santé. C'est la réalité de ces gens-là lorsqu'ils sont malades.

Comme je le disais, vous aviez tout à fait raison d'évoquer les déterminants sociaux de la santé. Si nous pouvions améliorer les choses à ce niveau, nous serions en bien meilleure posture. Lorsque des problèmes de santé surviennent, on constate que le gouvernement fédéral ou la province doit se porter au secours des Premières Nations. Si nous pouvions simplement investir dans certains éléments fondamentaux au sein de chaque première nation, nous pourrions éviter de nous retrouver ainsi en situation de crise. C'est essentiellement ce que j'avais à dire à ce sujet.

● (1720)

Mme Rachel Blaney: Vous avez notamment parlé de l'épuisement des aidants naturels. Vous nous avez dit à quel point cela pouvait être épuisant pour les familles en soulignant le peu de soutien qu'elles obtiennent. Un témoin nous a indiqué qu'il y avait des soins à domicile pendant les heures de bureau durant la semaine, mais pas les fins de semaine. Est-ce simplement attribuable à un manque de financement gouvernemental? Pouvez-vous m'en dire un peu plus long sur les facteurs à l'origine de cette situation?

M. John Cutfeet: Merci pour la question.

Le financement pour les soins à domicile est très limité. Dans notre collectivité, le nombre de patients a augmenté, mais le peu de financement que nous obtenons n'a pas bougé. C'est l'un des problèmes.

Nous avons indiqué que certains aidants naturels sont épuisés et qu'il y en a qui connaissent eux-mêmes des problèmes de santé. Je faisais partie de ces gens-là. Pendant que j'étais chef, je devais aussi prendre soin de ma mère. Je me rappelle que je tenais mes frères et soeurs au courant, en leur disant que maman avait bu, mangé et pris ses médicaments et que j'avais verrouillé la porte en sortant. Le même processus se répétait à l'inverse en soirée. Tout cela jour après jour, sept jours par semaine...

Lorsque j'ai ramené ma mère à la maison en février 2017, tout s'est bien passé jusqu'au mois d'août, alors qu'elle a eu un accident dans son appartement et ne pouvait plus rester seule. On l'a amené dans un établissement. Il n'y avait personne pour m'aider. Personne ne s'est porté volontaire et nous n'avons pas obtenu d'aide même en offrant de payer les gens.

Mme Rachel Blaney: Y a-t-il au sein de vos collectivités un endroit où vous souhaiteriez ouvrir un établissement de soins de longue durée auquel tout le monde pourrait avoir accès? Avez-vous un modèle particulier en tête?

M. John Cutfeet: Mon fils est médecin en Colombie-Britannique. Il vit dans une localité d'environ 1 800 habitants. Ils ont un petit hôpital avec 10 lits pour les soins aux aînés. Nous avons notamment songé à nous en remettre à un modèle s'articulant autour de pôles névralgiques où les aînés pourraient, tout au moins, se retrouver dans un environnement autochtone où ils peuvent parler leur langue et avoir de la compagnie. C'est l'une des avenues que nous envisageons.

Mme Rachel Blaney: Merci.

Le grand chef adjoint Derek Fox: Pour vous donner un exemple de ces pôles névralgiques dont il parlait, disons que nous avons 32 collectivités isolées de différentes tailles. L'établissement de soins pourrait être construit à Webequie où l'on accueillerait les aînés des autres secteurs. Ils ne seraient peut-être pas véritablement « chez eux », mais ils demeureraient dans le Nord, leur environnement naturel.

C'est le genre de pôles névralgiques que nous envisageons.

Mme Rachel Blaney: On y parlerait la même langue.

Le grand chef adjoint Derek Fox: On pourrait sans doute le faire uniquement dans les plus grandes localités. Il y a aussi un problème de manque de capacité et de terrains. Je sais par exemple qu'il est impossible de construire de nouvelles maisons à Attawapiskat, parce qu'il n'y a plus de terrain disponible. On s'est adressé au gouvernement fédéral afin d'obtenir un plus vaste territoire pour pouvoir construire d'autres maisons.

C'est un autre problème qui s'inscrit dans les déterminants sociaux de la santé.

Mme Rachel Blaney: Merci.

La présidente: Nous allons terminer avec notre nouveau député, un invité pour nous aujourd'hui, Churence Rogers.

M. Churence Rogers (Bonavista—Burin—Trinity, Lib.): Merci, madame la présidente.

La présidente: Vous êtes vraiment éloigné des Prairies en tout cas.

M. Churence Rogers: Pardon?

La présidente: Nos témoins viennent des Prairies et vous êtes de Terre-Neuve.

M. Churence Rogers: En effet. J'allais justement dire à quel point je comprends la situation des gens qui vivent dans le Nord et les régions rurales. Je viens d'une très grande circonscription de Terre-Neuve-et-Labrador, et bon nombre des difficultés évoquées aujourd'hui sont également le lot des gens des collectivités que je représente.

Il y a de nombreux modèles différents en place dans ma province. Il y a notamment une formule de soins à domicile où l'on embauche des gens, qui vont passer de longues périodes avec des aînés pendant la journée et en soirée. Ce programme a produit d'excellents résultats. On peut ainsi maintenir les gens à domicile jusqu'à l'extrême limite, c'est-à-dire jusqu'au moment où de graves problèmes de démence ou de santé rendent nécessaire leur placement dans un établissement de soins de longue durée.

Monsieur Delorme, vous avez parlé de certains partenariats qu'il convient d'établir dans la recherche de solutions aux problèmes que vivent certains aînés de nos collectivités. Je présume que le gouvernement fédéral devrait être l'un de ces partenaires. Comment entrevoyez-vous le rôle du fédéral dans de tels partenariats?

● (1725)

Chef Cadmus Delorme: Il y a bien évidemment des besoins financiers à combler. À titre d'exemple, la Première Nation de Cowessess a des discussions avec celles de Sakimay, Kahkewistahaw et Ochapowace qui l'entourent. Chaque première nation respecte les compétences de l'autre, mais nous nous rendons bien compte qu'il nous faut travailler en partenariat pour offrir certains services. C'est donc l'un des aspects exigeant une collaboration.

Nous avons notamment discuté de la possibilité d'avoir un établissement de soins pour nos quatre réserves. Nous avons traité de la question avec quelques-unes des villes avoisinantes. Il y a des listes d'attente dans leurs établissements. Nous nous sommes dit que nous pourrions construire un établissement de 20 lits pour dispenser des soins de niveaux 3 et 4 aux aînés à Cowessess. L'établissement serait accessible à tous. Il ne serait pas nécessaire de vivre dans l'une des quatre réserves. Les patients pourraient même être des non-Autochtones. Il serait sur le territoire de la Première Nation Cowessess et serait axé sur la clientèle autochtone. Ce serait un peu comme l'Université des Premières Nations du Canada à Regina. N'importe qui sur la planète peut s'y inscrire pour faire des études supérieures, mais l'université est, tout de même, axée sur la perspective autochtone.

Concernant cet éventuel établissement de soins de niveaux 3 et 4 pour les aînés, nous avons eu des discussions avec la province. Nous avons demandé aux autorités provinciales si elles étaient disposées à éponger les frais d'administration courants si le gouvernement fédéral nous fournissait le financement nécessaire pour la construction et si nous faisions nous-mêmes notre part à la mesure de nos moyens. Il nous serait en effet impossible de prendre en charge les frais de fonctionnement d'un tel établissement. Des premières nations avoisinantes comme celle de White Bear, si je ne m'abuse, en ont fait l'essai. Celle de Standing Buffalo a un projet en ce sens. Nous nous sommes rendu compte que la province doit jouer un rôle clé, étant donné la manière dont les compétences sont partagées. Une fois tout cela réglé, nous pourrons aller de l'avant.

M. Churence Rogers: Merci. Cela m'apparaît, tout à fait, logique.

Je sais qu'il y a dans différentes régions du Canada toutes sortes d'exemples de modèles qui ont été mis à l'essai en milieu rural.

Monsieur Cutfeet, l'autorité sanitaire des Premières Nations de Sioux Lookout a récemment obtenu du financement pour la mise en place d'une équipe mobile de soins primaires multidisciplinaires en milieu autochtone. Dans quelle mesure ce nouveau service va-t-il contribuer à mieux répondre aux besoins des collectivités que vous desservez en matière de soins de longue durée?

M. John Cutfeet: À quel M. Cutfeet vous adressez-vous?

Des voix: Ah, ah!

M. Churence Rogers: Oh, d'accord, celui que vous voulez. Désolé.

M. John Cutfeet: Grâce aux programmes de soins de santé que l'on commence à mettre en oeuvre en s'appuyant sur une approche davantage collaborative, on pourra offrir un meilleur soutien à tous les patients, y compris les aînés. L'un des problèmes actuels vient du fait que nous avons droit seulement à un certain nombre de jours de soins, particulièrement dans le cas des médecins. Il arrive qu'un aîné ne puisse pas voir un médecin, parce que son horaire est déjà complet, et ce, même s'il y a urgence.

Nous espérons que cette équipe mobile de soins primaires contribuera à offrir de meilleurs soins aux aînés en appuyant le travail des médecins qui se rendent dans les différentes collectivités.

M. Churence Rogers: Merci beaucoup.

La présidente: Nous n'avons plus de temps. Il vous reste une trentaine de secondes, si vous y tenez vraiment.

M. Churence Rogers: Une dernière question pour Lindsay. Vous offrez à la fois des logements supervisés et des appartements en autonomie pour les aînés. Quels sont les avantages de ces deux modèles et croyez-vous qu'il serait possible de les appliquer dans les réserves?

M. Lindsay Pratt: Les aînés qui vivent en autonomie dans un logement ont accès à une certaine forme de vie communautaire. Il peut y avoir des services de soutien offerts à tous les aînés, mais chacun a la possibilité de faire sa propre cuisine et de s'occuper de ses affaires.

Dans le cas des pavillons, nous nous occupons de la cuisine et du ménage des chambres, mais les aînés demeurent libres d'aller et venir comme bon leur semble.

Les soins de santé de niveau 2 dispensés par la province dans nos établissements sont offerts essentiellement suivant un horaire établi. Il s'agit notamment de s'assurer que les patients prennent leurs médicaments aux heures indiquées. Il y a vraiment un effet stabilisateur pour bon nombre des aînés qui s'adressent à nous. Ils vivent seuls à domicile et ne respectent pas toujours l'horaire pour les médicaments. Il y a un effet boule de neige. Lorsqu'ils viennent à notre établissement, leur état se stabilise, ce qui leur permet vraiment de vivre quelques années de plus. En outre, ils peuvent échanger avec d'autres personnes au quotidien et demeurent libres de leurs allées et venues.

● (1730)

M. Churence Rogers: C'est important.

La présidente: C'est important.

John. D'accord, quelque chose de très profond...

M. John Cutfeet: Dans une perspective plus générale, nous voudrions notamment que l'on cesse de venir chercher les gens dans nos collectivités. Comme vous le savez, il fut une époque où l'on venait chercher nos enfants. C'est encore le cas aujourd'hui dans le cadre du régime de protection de l'enfance. Il y a aussi des aînés que l'on emmène ailleurs. Nous voudrions que cela cesse.

La présidente: Je sais qu'au Manitoba de 60 à 70 % des Autochtones ont quitté les réserves. Combien de ces gens-là veulent y retourner? Y en a-t-il 50 %?

M. John Cutfeet: Je ne peux pas commenter la situation au Manitoba, mais dans notre collectivité...

La présidente: Vous pourriez certes commenter. Vous êtes voisins.

M. John Cutfeet: Non, je ne parle pas au nom des gens du Manitoba, mais je peux dire ce qu'il en est des aînés auxquels nous avons récemment parlé.

La présidente: D'accord.

M. John Cutfeet: Il y a cet aîné qui s'occupe de sa femme malade et qui se dit que s'il tombe malade lui aussi, il ne pourra plus en prendre soin et ils vont être placés tous les deux. J'aimerais qu'il y ait un établissement de soins de longue durée dans la collectivité et que les autres aînés puissent bénéficier de la même vue que j'ai sous les yeux actuellement, soit celle du lac et de tous ces endroits qu'ils connaissent si bien.

Meegwetch.

La présidente: *Meegwetch.* Bonne soirée et amusez-vous bien à Ottawa.

La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur.* Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur.*

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes
à l'adresse suivante : http://www.noscommunes.ca

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act.* Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act.*

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the
following address: http://www.ourcommons.ca